

(別添)

# 運送申込書／運送引受書・乗車券

※申込者は、太線内をご記入願います。

申込日：令和 年 月 日

申込者	氏名・名称	(担当者名)	電話： - -
	住所		FAX： - -
契約責任者	氏名・名称	旅客の団体の名称： (担当者名)	E-mail：
	住所		緊急連絡先： - -

運送を引受ける者	氏名・名称	アビコ西武観光(株)	電話： 04 - 7182 - 8430
	住所	千葉県我孫子市我孫子 3-28-15	FAX： 04 - 7185 - 0310
事業許可	昭和 平成 2 年 7 月 23 日 関自旅 1 第 987 号		任意保険・共済
		営業区域：千葉県、茨城件取手市・北相馬郡利根町、東京都	対人 無制限 対物 200万円 万円 無制限

申込乗車人員	人	乗車定員別又は車種別の車両数	大型車 両	中型車 両	小型車 両	※該当するものに○を記入
配車日時	月 日 ( )	配車場所	地図：有・無			

## 旅行の日程

	月日	発地	発車時刻	主な経由地	到着時刻	着地	宿泊場所	待機時間	乗務員の休憩		備考
									地点	時間	
①	/		:		:			:		:	
②	/		:		:			:		:	
③	/		:		:			:		:	
④	/		:		:			:		:	

うち、旅客が乗車しない区間： ( ) 営業所車庫

交替運転者	有・無 (無) 交替の地点 ( )	【運行開始日時】	【運行終了日時】
車掌 (ガイド)	有・無 (無) 交替の地点 ( )	月 日 ( )	月 日 ( )

運賃及び料金の支払方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> その他 ( )	【走行距離】	【走行時間】
適用を受けようとする割引	<input type="checkbox"/> 学校団体割引 <input type="checkbox"/> 障害者施設団体割引	総 実車 km	総 実車 時間 分
特約事項	<input type="checkbox"/> その他 ( ) 割引) ※ 標準運送約款 5 条 2 項に規定する所定の証明書を添付。	運賃 (上限額： 円 下限額： 円) *	料金 (上限額： 円 下限額： 円) *
		消費税 ( )	消費税 ( )
		実費 (税込) ( )	実費 (税込) ( )
		(実費の詳細： ( )	( )
		合計請求金額 円	

\* 運賃・料金は、需要の季節変動に応じて、上限額・下限額の幅の中で決定されるものです。このうち、下限額は運送に必要な費用から求められる基準額から 10% (本来賄われるべき一般管理費と営業外費用相当) を割り引いた額であり、年間を通じて適用されるべきではありません。

上記のとおり運送を引受けます。

令和 年 月 日 アビコ西武観光(株)

配車場所の地図

備考欄

【違約料】（一般貸切旅客自動車運送事業運送約款 15-16 条より）

配車日の 14 日前から 8 日前まで	20%（消費税込）
配車日の 7 日前から配車時刻の 24 時間まで	30%（消費税込）
配車日の 24 時間前以降配車時刻まで	50%（消費税込）
配車時刻を 30 分過ぎた時（無連絡の場合）	100%（消費税込）

【注意】

- 行程の変更、並びに時間超過が発生した場合、追加料金が発生する恐れがございますのでご注意ください。

【お客様及び旅行会社様へのお願い】

- ①～④はお客様に運行の為お願いしております。必ずお守りください。 チェック欄
- ① ご乗車当日ご自宅を出る前には検温など体調管理のご協力をお願いしております。
  - ② 発熱・咳など症状がある場合は体調を最優先いただきご参加を控えていただきますようお願い致します。
  - ③ マスク着用に関しては個人の判断にてお願い致します。
  - ④ バスご乗車前ご乗車後の手洗い手指消毒、咳エチケットにご協力をお願い致します。

上記の内容を確認してチェック欄に☑していただき下記に署名・捺印をお願い致します。

貴社からの運送引受書に記載された経路・利用時間及び注意事項に同意の上、この運送に申し込みます。

署名

印